

Г.З. Мороз, І.М. Гідзинська, Т.С. Ласиця

## САМООЦІНКА ПАЦІЄНТАМИ ТА ЛІКАРЯМИ ВИКОНАННЯ ВИМОГ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ Й ГОТОВНОСТІ ДО ЗМІН ПОВЕДІНКОВИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС), м. Київ

### Резюме

**Мета** – дослідити ставлення пацієнтів і лікарів до виконання вимог здорового способу життя та провести оцінку стадії готовності до змін поведінкових факторів ризику серцево-судинних захворювань.

**Матеріал і методи.** Проведено опитування 158 пацієнтів випадкової вибірки, які проходили профілактичний огляд у Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС), і 63 лікарів терапевтичного профілю щодо виконання ними вимог здорового способу життя – відсутності тютюнокуріння, дотримання здорового харчування, дотримання оптимального рівня фізичної активності – та готовності до змін нездорової моделі поведінки. Визначення стадії готовності до змін проводили за допомогою стандартизованого опитувальника. Результати внесено до бази даних і проведено статистичну обробку.

**Результати.** Аналіз результатів опитування виявив відмінності в дотриманні окремих компонентів здорового способу життя: не курили серед пацієнтів  $87,3 \pm 2,6\%$  опитаних, серед лікарів –  $93,6 \pm 3,1\%$ , дотримували здорового харчування  $26,6 \pm 3,5\%$  пацієнтів і  $20,6 \pm 5,1\%$  лікарів, дотримували рекомендованого рівня фізичної активності  $8,9 \pm 2,3\%$  пацієнтів і  $20,6 \pm 5,1\%$  лікарів ( $p < 0,05$ ). Встановлено, що частка лікарів, які перебували на стадії дії щодо дотримання вимог здорового харчування та рекомендованого рівня фізичної активності, була вірогідно вищою порівняно з такою серед пацієнтів –  $72,5 \pm 6,3\%$  і  $45,7 \pm 4,6\%$  ( $p < 0,05$ ) і  $74 \pm 6,2\%$  і  $41,0 \pm 4,1\%$  ( $p < 0,05$ ) відповідно.

**Висновки.** Результати дослідження обґрунтовують необхідність підвищення прихильності пацієнтів і лікарів до виконання вимог здорового способу життя, зокрема, щодо здорового харчування та рекомендованого рівня фізичної активності, та підвищення обізнаності лікарів у питаннях проведення профілактичного консультування.

**Ключові слова:** здоровий спосіб життя, фактори ризику, серцево-судинні захворювання, модель стадій змін.

Сучасні наукові дослідження, які відповідають вимогам доказової медицини, переконливо довели важливу роль виконання вимог здорового способу життя для профілактики та лікування серцево-судинних захворювань (ССЗ). Виділяють три основних складових моделі поведінки, що мають доведений вплив на розвиток ССЗ і модифікація яких приводить до зниження захворюваності на ССЗ: тютюнокуріння, нездорове харчування та низький рівень фізичної активності [4]. В Європейських клінічних настановах із профілактики

ССЗ 2016 р. розділ, присвячений сучасним підходам до зниження серцево-судинного ризику та корекції факторів ризику, починається з опису методів впливу на пацієнта, спрямованих на підвищення його вмотивованості до дотримання здорової моделі поведінки та відмови від шкідливих звичок [5]. Велика увага в настановах приділяється науковим засадам зміни індивідуальної моделі поведінки та методології проведення профілактичного консультування. Профілактичне консультування – один із видів медичного консуль-

тування, процес інформування та навчання пацієнта з метою формування поведінкових навичок. Основна мета профілактичного консультування – поліпшення поінформованості пацієнта щодо заходів запобігання виникненню хвороби та його заохочення до виконання таких заходів. Результати наукових досліджень ефективності технології проведення профілактичного консультування показали, що комплекс запропонованих пацієнту заходів профілактики має бути адаптованим до рівня його вмотивованості [8], тому у клінічних настановах рекомендовано проводити оцінку готовності пацієнта до зміни способу життя [5]. Крім того, позитивний вплив на пацієнтів може справляти виконання рекомендацій щодо здорового способу самими лікарями.

Однією з моделей, рекомендованих до використання у клінічній практиці для визначення готовності пацієнта до модифікації складових нездорової поведінки, є транстеоретична модель, або модель стадій змін [1, 5]. Транстеоретична модель розцінює зміну моделі поведінки не як подію, а як процес, який має певні стадії та терміни, на кожній стадії людина може мати різний ступінь вмотивованості (або готовності) до змін. Загалом виділяють 5 фаз, або стадій готовності [7]: 1 – перед-роздум; 2 – роздум; 3 – підготовка до дії; 4 – дія; 5 – дотримання. Транстеоретична модель застосовується в клінічній практиці переважно в ході консультування щодо модифікації таких аспектів поведінки, як зловживання алкоголем, наркоманія, тютюнокуріння, а також для заохочення пацієнтів до участі у програмах скринінгу, зокрема, скринінгу раку молочної залози, або зміни режиму харчування та корекції маси тіла. Визначення стадій допомагає лікарю запропонувати кожному пацієнтові оптимальний обсяг заходів профілактики – відповідно до ступеня його готовності до проведення таких заходів.

Важливе значення має узагальнення практичного досвіду використання стандартизованого підходу для оцінки стадії готовності до змін поведінкових факторів ризику ССЗ.

**Мета** – дослідити ставлення пацієнтів і лікарів до виконання вимог здорового способу життя та провести оцінку стадії готовності до змін поведінкових факторів ризику ССЗ.

## МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено анкетне опитування 158 пацієнтів випадкової вибірки (чоловіків – 65, жінок – 93; середній вік обстежених –  $43,0 \pm 10,3$  р.), які проходили профілактичний огляд у ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, і 63 лікарів терапевтичного профілю (чоловіків – 20, жінок – 43; середній вік обстежених –  $44,0 \pm 11,4$  р). Для стандартизації підходів до визначення стадії

готовності до змін поведінкових факторів ризику ССЗ було застосовано спеціальний опитувальник, пріоритетність використання якого підтверджено патентом України [3]. Опитувальник включає три блоки питань і дозволяє визначити стадію готовності пацієнта до змін таких аспектів поведінки, як тютюнокуріння, нездорове харчування та низький рівень фізичної активності. Результати опитування було внесено до електронної таблиці, статистичний аналіз отриманого матеріалу проводили за допомогою пакета прикладних програм методами варіаційної статистики з використанням t-критерію Стьюдента.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед опитаних пацієнтів частка тих, хто дотримували трьох основних засад здорового способу життя – не курили, виконували рекомендації щодо здорового харчування та дотримували оптимального рівня фізичної активності, була низькою – лише  $5,7 \pm 1,8\%$ , причому з 158 опитаних пацієнтів не курили  $87,3 \pm 2,6\%$ , дотримували здорового харчування –  $26,6 \pm 3,5\%$ , дотримували рекомендованого рівня фізичної активності –  $8,9 \pm 2,3\%$ . Серед 63 опитаних лікарів частка тих, хто дотримували всіх трьох основних засад здорового способу життя, також була низькою – лише  $9,5 \pm 3,7\%$ , причому не курили  $93,6 \pm 3,1\%$  респондентів, дотримували здорового харчування  $19 \pm 4,9\%$ , дотримували рекомендованого рівня фізичної активності –  $20,6 \pm 5,1\%$ .

Дослідження, які відповідають вимогам доказової медицини, довели, що харчування впливає на розвиток перебіг ССЗ як через модифікацію біохімічних процесів і позитивний вплив на параметри ліпідного та вуглеводного обміну, рівень мікроелементів, масу тіла та артеріальний тиск, так і незалежно від них. Запровадження здорового харчування як складової здорового способу життя має велике значення для збереження здоров'я та профілактики ССЗ [5]. Нами не виявлено вірогідної різниці в дотриманні здорового харчування між опитаними лікарями ( $19 \pm 4,9\%$ ) та пацієнтами ( $26,6 \pm 3,5\%$ ) ( $p > 0,05$ ). Серед пацієнтів, які не дотримували здорового харчування, більшість (табл. 1) перебували на стадії дії, тобто намагалися впровадити цю здорову звичку. Серед лікарів, які не дотримували здорового харчування, частка осіб, які перебували на стадії дії, була вірогідно вищою ( $p < 0,05$ ; табл. 2). Більшість опитаних пацієнтів перебували на стадії підготовки до дії та обдумування, їх частка була вірогідно вищою ( $p < 0,05$ ) порівняно з такою серед опитаних лікарів (табл. 1, 2). Вірогідної різниці у розподілі залежно від стадії готовності до змін між пацієнтами жіночої та чоловічої статі виявлено не було (табл. 1, 2).

Таблиця 1

## Розподіл пацієнтів за стадіями готовності до зміни поведінки щодо харчування (n, %)

Стадія готовності до змін	Вся група (n=116)		Чоловіки (n=48)		Жінки (n=68)	
	n	P±m	n	P±m	n	P±m
Перед-роздум	4	3,4±1,9	3	6,3±3,5	1	1,5±1,5
Обдумування, роздум	31	26,7±4,1	12	25,0±6,3	19	27,9±5,4
Підготовка до дії	28	24,1±4,0	11	22,9±6,6	17	25,9±5,3
Дія	53	45,7±4,6	22	45,8±7,2	31	45,6±6,0

Таблиця 2

## Розподіл лікарів терапевтичного профілю за стадіями готовності до зміни поведінки щодо харчування (n, %)

Стадія готовності до змін	Вся група (n=51)		Чоловіки (n=18)		Жінки (n=33)	
	n	P±m	n	P±m	n	P±m
Перед-роздум	4	7,8±3,8	1	5,6±5,4	3	9,1±5
Обдумування, роздум	7	13,7±4,8	3	16,7±8,8	4	12,1±5,7
Підготовка до дії	3	5,9±3,3	3	16,7±8,8	-	
Дія	37	72,5±6,3	11	61,1±11,5	26	78,8±7,1

Поширеним фактором ризику в сучасній популяції є низький рівень фізичної активності. За інформацією ВООЗ, гіподинамія посідає четверте місце серед факторів ризику, які визначають загальну смертність – після артеріальної гіпертензії – 12,8%, тютюнокуріння – 9% і цукрового діабету – 6% та є причиною приблизно 3,2 мільйона смертей на рік, що складає 6% випадків загальної смертності. З недостатньою фізичною активністю пов'язують 6% випадків захворюваності на ішемічну хворобу серця та 7% – на цукровий діабет [6]. У рапорті ВООЗ вказано, що станом на 2010 рік приблизно 23% дорослих (20% чоловіків і 27% жінок) мали недостатній рівень фізичної активності. Ця частка є більшою в країнах із високим рівнем економічного розвитку – 26% чоловіків і 35% жінок порівняно з бідними країнами – 12% чоловіків і 24% жінок. Як правило, більший рівень фізичної активності спостерігається в чоловічій популяції. В українській популяції гіподинамія також є одним із найбільш поширених факторів ризику. За результатами епідеміологічного дослідження, проведеного ННЦ

«Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска НАМН України», 38% чоловіків і 54% жінок ведуть малорухомий спосіб життя [2].

Результати даного дослідження засвідчили, що серед опитаних пацієнтів лише 8,9±2,3% дотримують рекомендованого рівня фізичної активності. Серед лікарів ця частка була вірогідно вищою – 20,6±5,1% (p<0,05).

Результати визначення стадії готовності до змін серед тих пацієнтів і лікарів, які не дотримують рекомендованого рівня фізичної активності, наведено в табл. 3 і 4.

Серед опитаних лікарів переважна більшість – 74±6,2% – перебували на стадії дії, тобто, намагалися дотримувати рекомендованого рівня фізичної активності, що вірогідно більше, ніж у групі пацієнтів (41,0±4,1%, p<0,05) – серед них переважна більшість перебували на стадії обдумування – 36,1±4,0% або підготовки до дії – 20,1±3,4 (табл. 3, 4).

Таблиця 3

## Розподіл пацієнтів за стадіями готовності до зміни поведінки щодо фізичної активності (n, %)

Стадія готовності до змін	Вся група (n=144)		Чоловіки (n=60)		Жінки (n=84)	
	n	P±m	n	P±m	n	P±m
Перед-роздум	4	2,8±1,4	1	1,5±1,6	3	3,6±2,0
Обдумування, роздум	52	36,1±4,0	19	29,2±5,9	33	39,3±5,3
Підготовка до дії	29	20,1±3,4	16	24,6±5,6	13	15,5±3,9
Дія	59	41,0±4,1	24	36,9±6,2	35	41,7±5,4

**Розподіл лікарів терапевтичного профілю за стадіями готовності до зміни поведінки щодо рівня фізичної активності (n,%)**

Стадія готовності до змін	Вся група (n=50)		Чоловіки (n=16)		Жінки (n=34)	
	n	P±m	n	P±m	n	P±m
Перед-роздум	5	10±4,2	1	6,3±6,1	4	11,8±5,5
Обдумування, роздум	3	6±3,4	1	6,3±6,1	2	5,9±4
Підготовка до дії	5	10±4,2	2	12,5±8,3	3	8,8±4,9
Дія	37	74±6,2	12	75±10,8	25	73,5±7,6

Отже, результати проведеного опитування показали, що з усіх складових здорового способу життя найбільш проблемними компонентами здорової поведінки як серед пацієнтів, так і серед лікарів були дотримання здорового харчування та рекомендованого рівня фізичної активності. Причому переважна більшість лікарів і пацієнтів намагались запровадити здорове харчування та дотримувати рекомендованого рівня фізичної активності, але частка опитаних, які перебували на стадії дії, серед лікарів була вірогідно вищою.

Серед опитаних, які мали звичку тютюнокуріння, більшість пацієнтів перебували на стадії обдумування (40±10,9%) і дії (35±10,7%), 15±7,9% пацієнтів на момент опитування не збирались відмовлятися від цієї шкідливої звички (стадія перед-роздуму), а 10±6,7% перебували на стадії підготовки до дії та потребували заохочення та обговорення плану дії від свого лікаря.

Запроваджений нами підхід до визначення стадії готовності до змін поведінки дозволяє проводити диференційоване консультування щодо основних поведінкових факторів ризику розвитку ССЗ – тютюнокуріння, нездорового харчування, недостатнього рівня фізичної активності та ефективніше використати час лікаря на проведення такого консультування. Якщо пацієнт перебуває на стадії перед-роздуму, лікар проявляє зацікавленість щодо ставлення пацієнта до конкретної складової нездорової поведінки (тютюнокуріння, нездорового харчування, низького рівня фізичної активності) та уточнює, чи хоче він отримати інформацію з цієї проблеми, а на наступних консультаціях повертається до обговорення цієї проблеми. У випадку, коли пацієнт перебуває на стадії обдумування, лікар надає інформацію про переваги, які пацієнт отримує у разі корекції конкретної складової нездорової поведінки, зокрема, щодо зниження ризику розвитку ССЗ. Якщо пацієнт перебуває на стадії підготовки до дії, консультація має бути тривалішою – лікар обговорює з пацієнтом програму дій, конкретні заходи та особливості їх впровадження для досягнення

позитивного результату, надає інформаційний матеріал і рекомендує ознайомитися з ним. Коли пацієнт перебуває на стадії дії, тобто почав запроваджувати позитивні зміни, підтримка лікаря та обговорення заходів, які зменшують ризик повернення до нездорової моделі поведінки, є надзвичайно важливими. Важливим етапом вважається стадія дотримання – пацієнта потрібно постійно заохочувати, надавати позитивну оцінку його дій і підсилювати мотивацію до підтримки здорових звичок. Запропонований підхід використовується під час планових профілактичних оглядів у ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС.

Конфлікту інтересів немає.

## ВИСНОВКИ

1. Визначено відмінності в дотриманні окремих компонентів здорового способу життя: серед пацієнтів не курили 87,3±2,6%, серед лікарів – 93,6±3,1%, дотримували здорового харчування 26,6±3,5% пацієнтів і 20,6±5,1% лікарів, рекомендованого рівня фізичної активності – 8,9±2,3% і 20,6±5,1% відповідно.
2. Частка лікарів, які перебували на стадії дії щодо дотримання вимог здорового харчування, була вірогідно вищою, ніж у групі пацієнтів – 72,5±6,3% проти 45,7±4,6%.
3. Серед опитаних лікарів абсолютна більшість (74±6,2%) перебували на стадії дії, тобто намагались дотримувати рекомендованого рівня фізичної активності, що вірогідно вище порівняно з групою пацієнтів (41,0±4,1%).
4. Результати дослідження обґрунтовують необхідність підвищення прихильності пацієнтів і лікарів до виконання вимог здорового способу життя, зокрема, щодо здорового харчування та рекомендованого рівня фізичної активності, та підвищення обізнаності лікарів із питань проведення профілактичного консультування.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Велике значення має подальша розробка та впровадження освітніх програм для лікарів щодо

проведення консультування з питань здорового способу життя та підвищення їх мотивації до виконання цих вимог.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Мороз Г. З., Гідзинська І. М., Ласиця Т. С. Профілактичне консультування в практичній роботі лікаря. *Терапія. Український медичний вісник*. 2016. № 2. С. 44-48.
2. Митченко Е. И., Мамедов М. Н., Колесник Т. В., Деев А. Д. Современный профиль факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в городской популяции Украины. *Укр. кардіологічний журн*. 2013. № 4, дод. С. 76-83.
3. Спосіб діагностики індивідуальної стадії готовності пацієнта до змін окремих складових моделі нездорової поведінки: пат. 114960 U Україна. № u2016 10547; заявл. 18.10.2016; опубл. 27.03.2017, Бюл. № 6.
4. 2013 AHA/ACC Guidelines of lifestyle management to reduce cardiovascular risk. A report of the American College of cardiology / American Heart Association task forces on practice guidelines / Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD et al. *Circulation*. 2014. Vol. 129 (25 Suppl 2). P. S 76-99.
5. Piepoli M. F., Hoes A. W., Agewall S. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur. Heart J*. 2016. Vol. 37. P. 2315-2381.
6. Lee IM., Shiroma EJ, Lobelo F. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012. Vol. 380. P. 219-229.
7. Prochaska, J. O., Velicer, W. F. The Transtheoretical Model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*. 1997. Vol. 12, 38-48
8. Stiggelbout A M, Van der Weijden T, De Wit M P T et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*. 2012. Vol. 344. P. e256.

**REFERENCES**

1. Moroz H.Z, Hidzynska I. M., Lasysia T. S. (2016). Profilaktychne konsultuvannia v praktychnii roboti likaria [Preventive counseling in the practice of a doctor]. *Therapia. Ukrainian Medical Bulletin*, 2, 44-48.
2. Mytchenko E. Y., Mamedov M. N., Kolesnyk T. V., Deev A. D. (2013). Sovremennyy profyl faktorov ryska serdechno-sosudystykh zabolevaniy v horodskoi populatsyy Ukrainy: materialy XIV Natsionalnoho konhresu kardiologiv Ukrain. [Modern profile of risk factors for cardiovascular diseases in the urban population of Ukraine]. *Ukrainian Cardiology Journal*, 4, 76-83.
3. Moroz H. Z., Hidzynska I. M., Tkachuk I. M. (2017). Method of diagnostics of an individual stage of patient's readiness for changes in individual components of an unhealthy behavior model. Pat. 11 49 60 U Ukraina. A61B 5/00, A61B 10/10, G01 N 33/50. № u2016 10547; zaiavl. 18.10.2016; opubl. 27.03.2017, № 6.
4. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, de Jesus JM, Houston Miller N, Hubbard VS. (2013). AHA/ACC Guidelines of lifestyle management to reduce cardiovascular risk. A report of the American College of cardiology. *American Heart Association task forces on practice guidelines. Circulation*, 2014, 129(25 Suppl 2), S.76-99.
5. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S., Albus C., Brotons C., Catapano AL. (2016). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur. Heart J.*, 2016, 37, 2315-2381.
6. Lee IM., Shiroma EJ., Lobelo F., Puska P., Blair SN., Katzmarzyk PT. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380, 219-229.
7. Prochaska, J. O. Velicer, W.F. (1997). The Transtheoretical Model of health behavior change *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
8. Stiggelbout A M, Van der Weijden T, De Wit M P T, Frosch D, Légaré F, Montori V M, Trevena L, Elwyn G. (2012). Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*, 344, e256.

*Резюме***САМООЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ И ВРАЧАМИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ГОТОВНОСТИ К ИЗМЕНЕНИЮ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ****Г.З. Мороз, И.Н. Гидзинская, Т.С. Ласица**

Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами (ГНУ «НПЦ ПКМ» ГУД), г. Киев

**Цель** – исследовать отношение пациентов и врачей к выполнению требований здорового образа жизни и провести оценку стадии готовности к изменениям поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

**Материал и методы.** Проведен опрос 158 пациентов случайной выборки, которые проходили профилактический осмотр в Государственном научном учреждении «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами (ГНУ «НПЦ ПКМ» ГУД), и 63 врачей терапевтического профиля по выполнению ими требований здорового образа жизни (отсутствие курения, соблюдение здорового питания, соблюдение оптимального уровня физической активности) и готовности к изменениям нездоровой модели поведения. Определение стадии готовности к изменениям проводили с помощью стандартизированного опросника.

**Результаты.** Анализ результатов опроса выявил различия в соблюдении отдельных компонентов здорового образа жизни: не курили среди пациентов  $87,3 \pm 2,6\%$  опрошенных, среди врачей –  $93,6 \pm 3,1\%$ , придерживались здорового питания  $26,6 \pm 3,5\%$  пациентов и  $20,6 \pm 5,1\%$  врачей, придерживались рекомендованного уровня физической активности  $8,9 \pm 2,3\%$  пациентов и  $20,6 \pm 5,1\%$  врачей ( $p < 0,05$ ). Установлено, что доля врачей, которые находились на стадии действия по соблюдению требований здорового питания и рекомендованного уровня физической активности, была достоверно выше по сравнению с такой в группе пациентов –  $72,5 \pm 6,3\%$  и  $45,7 \pm 4,6\%$  ( $p < 0,05$ ) и  $74 \pm 6,2\%$  и  $41,0 \pm 4,1\%$  ( $p < 0,05$ ) соответственно.

**Выводы.** Результаты исследования обосновывают необходимость повышения приверженности пациентов и врачей к выполнению требований здорового образа жизни, в частности, здорового питания и рекомендованного уровня физической активности, и повышение осведомленности врачей по вопросам проведения профилактического консультирования.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, факторы риска, сердечно-сосудистые заболевания, модель стадий изменений.

## Summary

### SELF-ASSESSMENT BY DOCTORS AND PATIENTS OF THEIR ADHERENCE TO A HEALTHY LIFESTYLE AND THEIR READINESS TO MODIFY BEHAVIORAL RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASES

G.Z. Moroz, I.M. Hydzynska, T.S. Lasitsya

State Institution of Sciences «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv

**Background.** Poor adherence to risk factor behaviors management increases the risk for a further cardiac event. Unfortunately, poor adherence to behaviors recommended in lifestyle interventions is widespread, particularly over the long-term; thus, the «adherence problem» represents a significant challenge to the effectiveness of these interventions

**Objective:** The goal of the trial was the assessment of patient's and physician's attitude to a healthy lifestyle and evaluation of their stage of readiness for change in dealing with unhealthy behavior with the goal of cardiovascular disease risk factors modification particularly smoking cessation, physical activity, healthy diet

**Methods:** We performed a poll of 158 patients who visited the outpatient clinic of the State Institution of Sciences «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department with the purpose of preventive services and of 65 physicians – employees of our clinic – about their adherence to healthy lifestyle habits. As the determination of the readiness to deal with an unhealthy behavior allows making individualized preventive counseling, we used a special questionnaire for standardizing approaches to determining the stage of change of three major behavioral risk factors of cardiovascular diseases – smoking, unhealthy diet, and low level of physical activity. The readiness to change was identified according to the Transtheoretical Model (TTM) of Behavior Change. The results of physicians questionnaire (n=65) were compared to the results of patients questionnaire (n=158).

**Results.** Most of the participants – 87,3±2,6% of patients and 93,6±3,1% of physicians – were non-smokers. Only 26,6±3,5% of patients and 20,6±5,1% of physicians reported following a healthful diet and only 8,9±2,3% of patients and 20,6±5,1% of physicians perform regular physical activity. The prevalence of optimal level of physical activity among physicians was significantly higher ( $p<0,05$ ). 72,5±6,3% of physicians were on action stage in the matter of healthy diet and 74±6,2% – in the matter of physical activity regimen, it was significantly higher ( $p<0,05$ ) that among patients – 45,7±4,6% and 41,0±4,1% respectively.

**Conclusions:** Our findings highlight poor adherence to healthy lifestyle habits among physicians and patients, especially in the matter of healthy eating and optimal level of physical activity, and needs for targeted strategies that improve long-term adherence to health behaviors and enhance physician's knowledge about lifestyle-based health promotion interventions.

**Key words:** healthy lifestyles, risk factors, cardiovascular diseases, the stage of changes model

Інформація про авторів знаходиться на сайті <http://www.cp-medical.com>.

Дата надходження до редакції – 18.04.19.